

Joanna Zalewska-Puchała, Anna Majda

Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*

Wrażliwość międzykulturowa w opiece położniczej

Intercultural sensitivity in midwifery care

STRESZCZENIE

Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej, rozwój wszechstronnej współpracy międzynarodowej i globalizacji, wywołuje we wszystkich dziedzinach życia potrzebę przygotowania się do kontaktów z innymi kulturami i innymi stylami życia. Dane statystyczne świadczą o tym, że z roku na rok w Polsce rośnie liczba cudzoziemców, którzy znaleźli swoje miejsce do życia w Polsce i korzystają ze świadczeń zdrowotnych. Także coraz częściej położne wiążą swoją karierę zawodową z pobytem za granicą. Dlatego wiedza dotycząca zjawisk kulturowych i specyfiki pracy położnych, w zależności od nasycenia różnorodnością kulturową, staje się nieodzowna.

Celem artykułu jest uwrażliwienie na różnice kulturowe, które mogą mieć istotne znaczenie w opiece nad pacjentkami z innych obszarów kulturowych. Autorki chciały jednocześnie podzielić się własną koncepcją opieki zgodnej kulturowo.

W pracy wykorzystano metodę analizy piśmiennictwa oraz oparto się na własnych doświadczeniach w prowadzeniu warsztatów „Komunikowanie międzykulturowe”.

Różnice kulturowe mogą stwarzać niewidzialne bariery, nie należy ich jednak traktować jako przeszkód w kontaktach, ale jako wartość, bo obie strony mogą z siebie czerpać i uczyć się. Różnorodność pozwala szerzej patrzeć na świat i z innej perspektywy oceniać otaczającą rzeczywistość. Wiedza dotycząca zjawisk kulturowych ogranicza poczucie niepewności i frustracji oraz zapewnia pewnego stopnia przewidywalność zachowań podopiecznych, dzięki ujęciu ich zwyczajów i praktyk w pewne logiczne modele. Opanowanie kompetencji międzykulturowych może stać się kapitałem, który przełoży się na sukces zawodowy i życiowy, dlatego powinno wejść do kanonu umiejętności położniczych.

Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (3): 416–422

Słowa kluczowe: położnictwo, komunikowanie międzykulturowe, edukacja

ABSTRACT

The accession of Poland to the European Union, the development of multilateral international cooperation, and globalization elicit the need to prepare oneself for contacts with other cultures and other lifestyles in all spheres of life. Statistical data show that the number of foreigners who have taken up residence in Poland and use healthcare services is growing from year to year. Also midwives are combining their professional careers with a stay abroad more and more often. Therefore, knowledge concerning cultural phenomena and the specifics of the work of midwives, depending on its saturation in cultural diversity, becomes indispensable.

The aim of the article is to develop sensitivity to cultural differences which can have crucial meaning for providing healthcare to patients from other cultural areas. Simultaneously, the authors wish to present their own idea of culturally congruent healthcare.

The analysis of literature and the authors' experience in conducting workshops titled "Intercultural Communication" were used in the research.

Cultural differences can create invisible barriers. However, they should not be treated as obstacles to contacts but as a benefit, as both sides can learn from each other. Cultural diversity enables one to take a wider view of the world and evaluate reality from a different perspective. Knowledge of cultural phenomena reduces one's feeling of uncertainty and frustration and to some degree ensures the predictability of patients' behavior as a result of putting their customs and practices into certain logical models. Mastering intercultural competences can become the starting capital for professional and personal success and therefore it should enter the canon of obstetrical skills.

Nursing Topics 2012; 20 (3): 416–422

Key words: obstetrics, transcultural communication, education

Adres do korespondencji: dr n. med. Joanna Zalewska-Puchała, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, ul. Michałowskiego 12, 31–126 Kraków, e-mail: joannapuch1@interia.pl

Wstęp

Historia Polski to historia kontaktów międzykulturowych. W Polsce w ciągu wieków dochodziło do spotkań ludzi różnych kultur, religii, poglądów i języków. Wyrazem tego była, na przykład, obecność od XIII wieku na ziemiach polskich muzułmanów, czyli Tatarów polsko-litewskich, skupionych głównie na białostocczyźnie, czy też żydów, którzy — prześladowani w krajach Europy południowej i zachodniej — osiedlali się w Wielkopolsce i na Śląsku [1]. Druga wojna światowa i jej następstwa zmieniły oblicze polskiego społeczeństwa. Spadła kilkakrotnie liczebność mniejszości narodowych, gdyż ich przedstawiciele zginęli w czasie wojny bądź wyemigrowali, a zmiana wschodnich granic spowodowała, że większość, na przykład, osad tatarskich pozostała poza Polską. W latach PRL-u propagowana była wizja Polski jako kraju monokulturowego, z jednorodnym etnicznie, egalitarnym i zunifikowanym społeczeństwem. W wyniku selektywnej i restrykcyjnej polityki wyjazdowo-wjazdowej ograniczone były zarówno kontakty polskich obywateli z mieszkańcami innych państw, jak również mniejszości religijnych z współwyznawcami za granicą, przez co, na przykład, Tatarzy tracali niektóre własne obyczaje i coraz bardziej upodabniali się do ogółu ludności polskiej. Dopiero od 1989 roku w wyniku transformacji systemowej naszego kraju, z pozornie relatywnie jednolitego, powojennego społeczeństwa zaczęło się wyłaniać społeczeństwo coraz bardziej zróżnicowane, również pod względem kulturowo-etnicznym [2]. Do Polski zaczęli przyjeżdżać obywatele z odmiennych kulturowo państw, na przykład muzułmanie z różnych krajów, najczęściej z krajów arabskich, Turcji, Bośni, nie tylko na studia, ale również po to, by tu pracować i zamieszkać lub otworzyć własny biznes.

Obecnie wstąpienie Polski do Unii Europejskiej, rozwój wszechstronnej współpracy międzynarodowej i globalizacji wywołuje we wszystkich dziedzinach życia potrzebę przygotowania się na nowo do kontaktów z innymi kulturami i odmiennymi stylami życia. Wskutek ograniczeń w przyjmowaniu imigrantów przez państwa Europy Zachodniej Polska staje się dla wielu z nich krajem migracji docelowej. Dane statystyczne świadczą o tym, że z roku na rok zwiększa się liczba cudzoziemców, którzy zamierzają przebywać w Polsce dłużej i w związku z tym ubiegają się o zezwolenie na zamieszkanie na czas określony lub na osiedlenie się. Najliczniej reprezentowani są obywatele Ukrainy, Wietnamu, Rosji, Armenii. Oprócz tego do Polski zaczęli przybywać uchodźcy. Początkowo uchodźcy ubiegający się o azyl byli muzułmanami z Bośni, Afganistanu, Iraku, a w ostatnich latach także z Czeczenii. Często nie są oni przygotowani do życia w innej kulturze. Doświadczają nie tylko żałoby kulturowej, szoku kulturo-

wego/stresu akulturacyjnego, ale także często cierpią na syndrom stresu pourazowego. Potrzebują wsparcia i pomocy (finansowej, psychologicznej, prawnej, edukacyjnej, językowej, a także medycznej), by zaaklimatyzować się w całkowicie odmiennym kulturowo społeczeństwie.

Z jednej strony rośnie liczba cudzoziemców, którzy znaleźli swoje miejsce do życia w Polsce i korzystają ze świadczeń zdrowotnych, a Polska z monolitu kulturowego staje się krajem wielokulturowym, z drugiej zaś — coraz częściej położne wiążą swoją karierę zawodową z pobytem za granicą.

Różnice kulturowe mogą stwarzać niewidzialne bariery, mogą frustrować, ponieważ wydają się trudne do rozwikłania i nieprzewidywalne [3]. Wiedza dotycząca zjawisk kulturowych i specyfiki pracy położnych, w zależności od nasycenia różnorodnością kulturową, jest dziś nieodzowna, ponieważ ogranicza poczucie niepewności zapewnia i pewnego stopnia przewidywalność zachowań podopiecznych.

Celem artykułu jest uwrażliwienie na różnice kulturowe, które mogą mieć istotne znaczenie w opiece nad pacjentkami z innych obszarów kulturowych. Autorki chciały jednocześnie podzielić się własną koncepcją opieki zgodnej kulturowo, według której wprowadzane są nowe treści w ramach przedmiotu „Komunikowanie międzykulturowe” do procesu kształcenia studentów Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM, a także praktyków — pielęgniarek i położnych — w ramach kursów doszkalających organizowanych przez Małopolską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych.

Wyniki

Inspiracją do zainteresowania się tematyką opieki zgodnej kulturowo były doświadczenia zawodowe, umiejętności zdobyte w ramach Akademii Antydyskryminacyjnej — w pracowni wrażliwości kulturowej, artykuł „Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarstwie” [4], informacje zbierane od pacjentek/pacjentów cudzoziemców oraz własne obserwacje. Obserwacje, że pacjentka z innej kultury na oddziale położniczym/ginekologicznym wywołuje obawy, rodzaj napięcia, niezgodności czy rozbieżności między jej oczekiwaniami a szpitalem reprezentującym kulturę polską. Niezgodność ta przejawiała się w tym, że celem i priorytetem szpitala jest zapewnienie opieki zgodnej z przyjętymi standardami i procedurami oraz normami europejskimi (zachodnimi), a w interesie pacjentki jest rodzenie czy też zdrowienie przy zachowaniu tożsamości kulturowej wyniesionej z rodzinnego kraju (np. kultury wschodniej). Nasunęło się więc pytanie, co jest ważniejsze z punktu widzenia odbiorczyni naszych usług — żeby wszystko przebiegało zgodnie z obowiązującymi procedurami czy jej zadowolenie, które często bę-

dzie wymagać modyfikacji tychże procedur i uwzględnienia w nich oczekiwań kulturowych pacjentki, na przykład co do sposobu komunikowania, kąpielii dziecka. Należy więc objąć pacjentkę zindywidualizowaną opieką, dostosowaną do jej potrzeb, zgodną kulturowo czy wykonywać czynności opiekuńcze zgodne z procedurami, schematami? Czy jedno musi wykluczać drugie? Wydaje nam się, że nadszedł czas dostosowania istniejących monokulturowych procedur medycznych do oczekiwań pacjentek z innych, odmiennych kulturowo obszarów.

Jednak objęcie pacjentki opieką nacechowaną wrażliwością międzykulturową bywa trudne — wymaga refleksji, zastanowienia, poszukania przyczyn nieporozumień; wymaga wysiłku — wymaga kształtowania wrażliwości, między innymi przez poszukiwanie odpowiedzi na pytania:

- kim jestem — jaka jestem?
- kim jest pacjentka — co wiem o jej kulturze?
- gdzie spodziewać się różnic — jak sobie z nimi radzić?

Kim jestem — jaka jestem

Żeby komunikować się z innymi, powinniśmy poznać i zrozumieć siebie, poznać własną motywację i ograniczenia, postrzegać siebie i drugiego człowieka jako odmienne istoty, respektować wolność i decyzje innych, uznawać różne poglądy za równoprawne, a różnice — za konstruktywne. Należy także uświadomić sobie wpływ stereotypów i uprzedzeń na postrzeganie ludzkiej różnorodności, na własne uczucia, sposób myślenia i działania, co może okazać się procesem bolesnym, ale niezbędnym [5–7]. Większość stereotypów jest, niestety, silnie negatywna, a pejoratywny obraz innej kultury i religii jest często kontrastowany z pozytywnym wizerunkiem własnej kultury i religii. Stereotypy ograniczają, zawężają i zwalniają z myślenia, refleksji. Pod wpływem stereotypów osoby działają schematycznie, według uproszczonego wzorca, nie widzą ludzi takimi, jakimi są, nie dostrzegają ich niepowtarzalnych cech, potrzeb i kompetencji.

Należy więc na początku odpowiedzieć sobie na pytanie, jaki jest mój stosunek do osób z innych kultur. Pomocny do tego może być model rozwoju wrażliwości międzykulturowej Milтона J. Bennetta, który stanowi użyteczne narzędzie pozwalające diagnozować jednostki pod względem wrażliwości na różnice. Model ten może stanowić cenne narzędzie autoewaluacji. Pozwala bowiem przyjrzeć się temu, co się dzieje, zrozumieć to i zdecydować, jak postąpić w określonej sytuacji. Wrażliwość międzykulturowa to świadomość różnic międzykulturowych i wyczuwanie ich w sytuacjach, gdy się ma z nimi do czynienia. To postawa zrozumienia, empatii, otwartości, ciekawości, elastyczności i braku uprzedzeń w relacjach międzykulturowych. To dro-

ga do kształtowania konstruktywnej rzeczywistości i przyszłości [8].

Milton Bennett opisuje wrażliwość międzykulturową jako proces przechodzenia od postaw radykalnych — odrzucających, czyli etnocentryzmu, do postaw liberalnych — akceptujących różnorodność, a więc etnorelatywizmu.

Etnocentryzm to postawa, w której dominuje przekonanie, że własny światopogląd jest kluczowym elementem rzeczywistości, a własna kultura ma szczególną wartość. W kontakcie z cudzoziemcem osoba etnocentryczna ma tendencję do postrzegania sytuacji przez pryzmat własnych norm i „okularów kulturowych” (nieświadomie), patrzenia ze swojej perspektywy kulturowej i interpretowania oraz oceniania zdarzeń, innych ludzi i ich zachowań w odniesieniu do własnych standardów kulturowych. Jednostka milcząco zakłada, że to, co właściwe jej kulturze, powinno być odpowiednie dla innych ludzi na świecie. „Inni” są postrzegani jako dewianci, bo nie realizują postulatów jej kultury [9, 10].

Bennett stwierdza, że nie wszystkie osoby etnocentryczne prezentują równie radykalne poglądy i wyróżnia w postawie etnocentrycznej 3 fazy: zaprzeczenia, obrony i minimalizacji.

Zaprzeczenie — to faza, w której jednostka zaprzecza istnieniu jakichkolwiek różnic, nie dostrzega, że istnieją inne wizje rzeczywistości. To przekonanie, że własny sposób zachowania jest naturalny i normalny, odmienne sposoby zaś są złe i fałszywe. To tendencja do narzucania innym własnego systemu wartości, ponieważ to „ja mam rację”, a „inni się mylą” [8]. Położna prezentująca postawę etnocentryczną w fazie zaprzeczenia uważa, na przykład, że krąg kulturowy, z którego pochodzi pacjentka, nie ma znaczenia — wszystkie rodzące są takie same.

Obrona — to faza, w której jednostka dostrzega różnice kulturowe, ale uważa je za trudne do przyjęcia i zagrażające, ponieważ oferują, sugerują inne, alternatywne wizje rzeczywistości, a przez to podważają jej tożsamość. Nie próbuje narzucać „innym” swoich wartości, ale postrzega odmienne kultury negatywnie, więc ogranicza lub całkowicie unika kontaktu z tymi, którzy się różnią. Osoba posługuje się stereotypami, broni się przed niechcianymi wartościami przez oczernianie. Walczy z różnicami, na przykład poprzez zachowania pokazujące swoją wyższość wobec osób odmiennych lub przez tak zwane odwrócenie, czyli wywyższanie obcej, a oczernianie własnej grupy (pozorna wrażliwość) [8]. I tak, przykładowo, położna choć zauważa inne zachowanie i niezadowolenie pacjentki, stosuje nadal te same metody pracy, bo uważa je za najlepsze, sprawdzone, gdyż powstały w jej kraju.

Minimalizacja — to faza, w której jednostka zauważa różnice, nie zwalcza ich przez oczernianie lub wywyższanie się, ale stara się zminimalizować ich znacze-

nie. Wskazuje jedynie podobieństwa, trywializuje i bagatelizuje różnice przez, na przykład, fizyczny uniwersalizm (wszyscy muszą jeść, trawić, umierać) czy transcendentálny uniwersalizm (odnajdywanie łączących wartości, a nie dzielących) [8]. W tej fazie położna stoi, przykładowo, na stanowisku, że wszystkie rodzące tak samo odczuwają strach, ból, złość, chcą być kochane, bo przecież wszystkie są kobietami.

Etnorelatywizm (relatywizm kulturowy) to postawa otwarta na poznawanie i rozumienie innych kultur, według im właściwych kategorii i wartości, nietraktująca różnic jako zagrożenia, ale jako wyzwanie i wartość. Jednostka zawiesza osąd innych kultur według kryteriów własnej, rodzimej kultury, ma świadomość, że może się okazać, że to, co pożądane i oczekiwane w jednej kulturze, jest naganne i odrzucane w innej. Etnorelatywizm nie oznacza rezygnacji z modelu własnej kultury, ale poznawanie innych kultur, o ile to możliwe, bez uprzedzeń i stereotypów charakterystycznych dla oceny kultur przez pryzmat własnego kontekstu kulturowego. Relatywizm kulturowy zakłada rozwijanie nowych strategii w celu zrozumienia „innych” [9, 10].

Również w postawie etnorelatywizmu wyodrębnić można trzy fazy: akceptacji, adaptacji i integracji [8].

Akceptacja — to faza, w której jednostka przez cały czas uważa niektóre zachowania za trudne do przyjęcia, ale nie ma poczucia zagrożenia ze strony tych odmiennych zachowań, a także nie ocenia ich jako złych lub niewłaściwych. Akceptuje różnice w zachowaniach werbalnych i niewerbalnych, koncepcjach świata (światopoglądach), normach i wartościach. Uznaje, że odmiennosc zasługuje na zrozumienie i szacunek. Położna, na przykład, rozumie i szanuje istniejącą w kulturach muzułmańskich konieczność konsultacji, każdej decyzji dotyczącej proponowanych zabiegów z mężem czy rodziną, nie oczekuje szybkiej, samodzielnej decyzji od pacjentki.

Adaptacja — to faza, w której dzięki empatii jednostka jest zdolna odbierać daną sytuację z innego punktu widzenia niż własny kontekst kulturowy, potrafi zrozumieć drugiego człowieka przez pryzmat jego wartości i kultury. Włącza nowe zachowania, właściwe dla innego sposobu widzenia świata do swego repertuaru zachowań. Przyjęte przez nią wartości płynące z dwóch lub więcej kultur współgrają i wzajemnie się uzupełniają. Przykładowo, położna wita się w sposób przyjęty w kulturze pacjentki, dostosowuje metody pracy do jej oczekiwań.

Integracja — to faza, w której jednostka łączy różne sposoby rozumienia, odmienne punkty widzenia oraz koncentruje się na tworzeniu jednego spójnego układu norm i wartości zaczerpniętych z różnych kontekstów kulturowych. Jest zdolna oceniać różne sytuacje i światopoglądy z punktu widzenia kilku systemów kulturowych. To, czy dane zachowanie uznaje za właści-

we, zależy od usytuowania go w kontekście kulturowym. Towarzyszy jej stan autorefleksji, bycia „zintegrowanym outsiderem” i funkcjonowania w bogactwie różnych światopoglądów kulturowych. Taka położna cieszy się z możliwości opieki nad pacjentką z innej kultury, jest zadowolona, czuje się swobodnie w obydwu kulturach — swojej i pacjentki.

Aby objąć pacjentkę opieką wrażliwą kulturowo, położna powinna prezentować postawę etnorelatywizmu, w jakiegokolwiek jej fazie. Położna prezentująca postawę etnorelatywizmu ma pełny wachlarz umiejętności właściwych dla jej kręgu kulturowego oraz różny zasób metod z odmiennych kulturowo kontekstów. Dostrzega różnorodność kultur, uznaje, że zachowanie i myślenie „innych” da się zrozumieć tylko w odniesieniu do ich specyficznego kontekstu reguł, symboli, znaczeń, wartości.

Kim jest pacjentka — co wiem o jej kulturze

Poznanie drugiego człowieka bez kontekstu kulturowego wydaje się poznaniem niedostatecznym, ograniczonym, niepełnym, ponieważ to kultura, w jakiej człowiek wzrasta, wpływa na jego zachowania, także zdrowotne. Wpływ kultury na zachowanie uwidacznia się w wielu codziennych zwyczajnych czynnościach, na przykład, w sposobie spożywania posiłków — w Polsce używamy sztućców, w Japonii — pałeczek, a w Maroku — palców; robimy to bezwiednie — po prostu tak się robi, zdecydowała o tym kultura, w jakiej wyrosliśmy. Jak już wspomniano, zasadniczym elementem etnorelatywizmu jest założenie, że kultury można jedynie zrozumieć, porównując je ze sobą oraz że określone zachowanie można zrozumieć jedynie w kontekście kulturowym [11]. „Aby porównać pewne aspekty kultury, dające się zmierzyć, pozwalające określić pozycję danej kultury wobec innych kultur, wykorzystać można **wymiary kulturowe**” [12].

Wymiary kultury to ogólne tendencje, które wpływają na zachowania ludzkie i odzwierciedlają istotne aspekty zmienności kulturowej. Umiejętne posługiwanie się wymiarami kultur pozwala interpretować różnice bez odwoływania się do stereotypów czy ocen globalnych [13], umożliwia szybkie zorientowanie się, co cechuje kulturę, z której przybywa pacjentka — zmianę punktu odniesienia i postrzegania jej zachowania, a także określenie potrzeb w kontekście kulturowym.

Badacze kultury odwołują się do różnych typologii wymiarów kulturowych, w zależności od tego, do czego będą one wykorzystane. Ponieważ różne typologie wymiarów kulturowych zwracają uwagę na inne elementy kultury. Autorki proponują odwołanie się do typologii Gestelanda, która wydaje się być najbardziej użyteczną w opiece. Jednak należy podkreślić, że jest ona jedynie wstępem do poznania innej kultury, służyć

może jako wskazówka do wykorzystania w pierwszych kontaktach z pacjentką z innego kręgu kulturowego.

Gesteland wyróżnia 4 wymiary kultury: rolę relacji, strukturę relacji, stosunek do czasu i zachowania niewerbalne [3].

Rola relacji

Kultury protransakcyjne cechuje koncentracja na wykonaniu zadania, mało czasu poświęca się budowaniu atmosfery. Ludzie wypowiadają się w sposób bezpośredni, są otwarci na kontakty z obcymi, stosunkowo szybko przechodzą do sedna sprawy podczas rozmowy (skandynawskie i germańskie kraje europejskie, kraje Ameryki Północnej, Australia, Wielka Brytania, Republika Południowej Afryki).

Kultury propartnerskie cechuje koncentracja na ludziach, dbałość o zachowanie dobrych relacji międzyludzkich, unikanie konfliktów i konfrontacji, wyczuwanie na punkcie „zachowania twarzy” i godności. Ludzie nie wypowiadają się bezpośrednio, wymagają kontaktów „twarzą w twarz”, ważne jest nawiązanie nici porozumienia i stworzenie atmosfery wzajemnego zaufania, przejście do sedna sprawy wymaga dużo czasu (kraje arabskie, większość krajów afrykańskich i latynoamerykańskich, kraje azjatyckie, kraje Europy środkowej).

Struktura relacji

Kultury nieceremonialne — kultury egalitarne — nieprzypisujące wagi do konwenansów i tradycji. Ludzie są otwarci w komunikacji, uważają, że można swobodnie porozmawiać z ludźmi w każdym wieku, przywiązanie do etykiety uważają za oznakę nieprzystępności i wyniosłości. Nie akcentują różnic w statusie zawodowym i społecznym (Stany Zjednoczone, Kanada, Australia, Dania, Norwegia, Islandia).

Kultury ceremonialne — kultury hierarchiczne — przypisujące dużą wagę do etykiety. Ludzie niechętnie przechodzą na „ty”, uważając, że to zbyt poufałość, brak kultury, a nawet bezczelność. Używają oficjalnych tytułów dla okazania szacunku osobom o wysokiej pozycji społecznej, silnie akcentują różnice w statusie społecznym i zawodowym (większość krajów europejskich i azjatyckich, kraje arabskie i basenu Morza Śródziemnego).

Stosunek do czasu

Kultury monochroniczne cechuje terminowość. Ludzie przywiązani są do zegarka, dokładnych harmonogramów i planów. Czas to pieniądź! Nawet kilkuminutowe spóźnienie jest niedopuszczalne i może oznaczać brak szacunku (nordyckie i germańskie kraje europejskie, Stany Zjednoczone i Kanada, Japonia).

Kultury polichroniczne cechuje koncentracja na ludziach. Spóźnienie jest normalną sprawą — wszyscy zawsze przychodzą później. Można przekraczać różne

terminy bez konkretnego powodu. Bywa, że umawiają się na kilka spotkań w tym samym czasie. Umawiają się na przedpołudnie lub popołudnie, a nie na konkretną godzinę (kraje arabskie, większość krajów afrykańskich, kraje latynoamerykańskie i Azji Południowej i Południowo-Wschodniej, Gruzja, Maroko).

Zachowania niewerbalne

Kultury ekspresyjne cechuje głośność, ruchliwość, wyraźna mimika, ożywiona gestykulacja. Intensywny kontakt wzrokowy świadczy o szczerości i zainteresowaniu, czują się nieswojo, gdy zapada cisza, dopuszczają dystans przestrzenny na pół długości ręki i mniej. Nie przeszkadza im przerywanie sobie wypowiedzi i wchodzenie w słowo (romkańskie kraje europejskie, kraje śródziemnomorskie i latynoamerykańskie).

Kultury powściągliwe — ludzie mówią ciszej, ich mimika jest ograniczona, mało gestykulują, przerywają sobie rzadziej, przestrzegają kolejności wypowiedzi. Dopuszczają dystans przestrzenny na długość ręki, nie lubią także intensywnego kontaktu wzrokowego (kraje Azji Wschodniej i Południowo-Wschodniej, nordyckie i germańskie kraje europejskie).

Należy podkreślić, że nikt nie jest typowym przedstawicielem swojej kultury, każdą kulturę charakteryzuje ogromne zróżnicowanie wewnątrzgrupowe. W opiece nad pacjentką z innej kultury należy także uwzględnić takie pojęcia, jak akulturacja, religia i czas. Inaczej należy podejść do pacjentki — Wietnamki, chrześcijanki, która przybyła do Polski w latach 70. na studia, pozostała w naszym kraju i jest zaadaptowana w kulturze, a inaczej do Wietnamki, buddystki, która przybyła do Polski „za chlebem” rok temu i jest w fazie szoku kulturowego czy żałoby kulturowej.

Gdzie spodziewać się różnic/jak sobie z nimi radzić

Niektóre drobne różnice behawioralne dzielące kultury, na przykład sposób podawania (lub niepodawania) ręki oraz gestykulacja i mimika podczas powitania, postawa ciała czy ton głosu stają się źródłem napięcia w codziennym kontakcie międzyludzkim, wprowadzając do wzajemnych stosunków element niezręczności, zakłopotania, zdziwienia [14]. Jeśli chodzi o mimikę to, przykładowo, **szybkie uniesienie brwi** w różnych kulturach oznacza różne sygnały: Amerykanie i Kanadyjczycy — zainteresowanie, zdziwienie; Brytyjczycy — sceptycyzm; Niemcy — „Ale jesteś bystry!”; Filipińczycy — „Cześć!”; Arabowie — „Nie!”; Chińczycy — niezgadanie się z czymś [3].

W zawodzie położnej różnice kulturowe, nawet jeśli są zewnętrznie trudno dostrzegalne, mogą być znaczne i bardzo istotne w kontakcie z pacjentkami innych kultur, zwłaszcza wtedy, gdy dotyczą takich pojęć, jak koncepcja prywatności, oczekiwanej i dopuszczalnej

Tabela 1. Różnice w komunikowaniu międzykulturowym (modyfikacja własna na podstawie [15])**Table 1.** Differences in communication intercultural

Rola relacji	Kultury protransakcyjne	Kultury propartnerskie
	<ul style="list-style-type: none"> • Być przygotowanym merytorycznie • Pokazać swoje kompetencje i osiągnięcia • Podarować rozmówcy wizytówkę lub mieć identyfikator przypięty w widocznym miejscu • Podawać informacje krótko i wprost • Być gotowym na omawianie spraw przez telefon, Internet, bez kontaktu osobistego 	<ul style="list-style-type: none"> • Przekazać więcej prywatnych informacji o sobie — pokazać siebie w kontekście rodziny i przyjaciół • Poświęcić/przewidzieć więcej czasu • Zadbać o stworzenie atmosfery zaufania • Informacje przekazywać bardzo delikatnie • Ważny kontakt osobisty
Struktura relacji	Kultury nieceremonialne	Kultury ceremonialne
	<ul style="list-style-type: none"> • Nie ma większego znaczenia, jak się zachowasz, wiele zachowań jest tolerowanych, a odstępstwo od normy nie jest napiętnowane 	<ul style="list-style-type: none"> • Obserwować zachowania, uczyć się, dopytywać — jeśli mamy zaufaną osobę • Starać się odkodować zachowania i kryjące się za nimi normy i, jeśli będą one w zgodzie z naszym światopoglądem, to ostrożnie je stosować • Używać oficjalnych tytułów
Stosunek do czasu	Kultury monochroniczne	Kultury polichroniczne
	<ul style="list-style-type: none"> • Przedstawić konkretny plan działań i trzymać się go • Wyznaczać cele i działania, analizować skuteczność działań • Wszystkie czynności wykonywać na czas, nie spóźniać się 	<ul style="list-style-type: none"> • Określić <i>deadline</i>, a nie sposób działania • Przekazywać komunikaty dotyczące realizacji działań w miłej atmosferze • Przeznaczać więcej czasu na działania • Być przygotowanym na spóźnienia
Zachowania niewerbalne	Kultury ekspresyjne	Kultury powściągliwe
	<ul style="list-style-type: none"> • Nie przestraszyć się podniesionego tonu i nadmiernej gestykulacji • Być gotowym na kontakt fizyczny • Patrzeć wprost na rozmówcę • Okazywać zainteresowanie, dopytywać, dopracowywać rozmowę 	<ul style="list-style-type: none"> • Uszanować ciszę • Unikać kontaktu fizycznego (podawania dłoni i poklepywania po ramieniu) • Zachować umiarkowany kontakt wzrokowy • Nie zmuszać do wypowiadania się na forum — lepiej poświęcić czas na rozmowę indywidualną

bliskości fizycznej, a także sfer intymności. Ponieważ to, co jest wstydlive dla człowieka także warunkuje kultura, w jakiej wzrasta. Na najbardziej intymne części ciała z punktu widzenia kultury mogą wskazywać pewne nieuświadomione gesty, na przykład: Muzułmanka zasłoni twarz; Chinka (ok. przed rewolucją) — stopy; kobieta z Samoa — pępek; kobieta z Sumatry — kolana; a Europejka — piersi i wżgórek łonowy [10].

Odwołując się do typologii Gestelanda, można wskazać kilka praktycznych rad przydatnych w pierwszym kontakcie z pacjentką z innej kultury (tab. 1).

Coraz częściej przez teoretyków i praktyków położnictwa i pielęgniarstwa wyrażane są obawy dotyczące nieodpowiedniości monokulturowej opieki oraz szkodliwych konsekwencji, jakie może mieć ona dla pacjentów i pacjentek pochodzących z różnorodnych

kulturowo środowisk. Jak się wydaje, nabywanie kompetencji międzykulturowych z zawodach opiekuńczych jest dziś niezbędne dla zapewnienia holistycznej, kompetentnej opieki. Kompetencje międzykulturowe wymagają posiadania trzech zazębiających się sprawności [9]:

- **świadomości (wrażliwości)** — własnego systemu wartości i wynikających z tego faktu ograniczeń, punktu widzenia klienta, istnienia różnych perspektyw, hierarchii wartości, norm i wzorów zachowań;
- **wiedzy** — dostarczającej informacji specyficznych kulturowo;
- **umiejętności** — wielokulturowych strategii interwencyjnych.

Wnioski

Konkludując, Autorki chciałyby zachęcić Czytelniczki i Czytelników, aby nie traktować różnic jako przeszkód czy barier w kontaktach, ale jako wartości, bo obie strony mogą z siebie czerpać i się uczyć. Różnorodność pozwala szerzej patrzeć na świat i z innej perspektywy oceniać otaczającą rzeczywistość. A opanowanie kompetencji międzykulturowych może stać się kapitałem, który przełoży się na sukces zawodowy i życiowy, dlatego powinno wejść do kanonu umiejętności położniczych.

Piśmiennictwo

1. Białek K., Halik T., Marek A., Szuchta R., Weigl B. Edukacja przeciw dyskryminacji. Stowarzyszenie Vox Humana, Warszawa 2008.
2. Grzymała-Kazłowska A. Konstruowanie „innego”. Wizerunki imigrantów w Polsce. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2007.
3. Gesteland R. Różnice kulturowe a zachowania w biznesie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
4. Majda A., Zalewska-Puchała J. Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarstwie. *Prob. Piel.* 2011; 19 (2): 253–258.
5. Kurcz I. Zmiana stereotypów: jej mechanizmy i granice. W: Kofta M., Jasińska-Kania A. (red.). *Stereotypy i uprzedzenia*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001; 3–25.
6. Czerniejewska I., Kopeć A. Scenariusze antydyskryminacyjnych warsztatów edukacyjnych. W: Czerniejewska I. (red.). *Antydyskryminacja na co dzień*. Stowarzyszenie „Jeden Świat”, Poznań 2005; 29–34.
7. Grzemny D., Hermeliński W., Koszewska K. i wsp. Podstawowe informacje na temat dyskryminacji. W: Podsiadło-Dacewicz I. (red.). *Antydyskryminacja*. Centralny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli, Warszawa 2005; 111–123.
8. Bennett M.J. Towards ethnorelativism: a developmental model of intercultural sensitivity. W: Paige R. M. (red.). *Education for the intercultural experience*. Intercultural Press, Yarmouth 1993; 21–71.
9. Cieślukowska D. Problemy integracji osób odmiennych kulturowo. W: Paszkowska-Rogacz A., Olczak E., Kownacka E., Cieślukowska D. *Doradztwo zawodowe a wyzwania międzykulturowe*. KOWEŻiU, Warszawa 2006; 65–90.
10. Szopski M. *Komunikowanie międzykulturowe*. WSiP, Warszawa 2005.
11. Martinelli S., Taylor M. *Uczenie się międzykulturowe — pakiet szkoleniowy* www.training-youth.net (dostęp: 30.10.2011).
12. Hofstede G. *Kultury i organizacje*. Zaprogramowanie umysłu. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2000.
13. Białek K., Kawalska A., Kownacka E., Pięgat-Kaczmarczyk M., Więckowska J., Lipińska M. Czy ludzie wszędzie są tacy sami? W: Lipińska M. (red.). *Warsztaty kompetencji międzykulturowych — podręcznik dla trenerów*. Universitas Varsoviensis, Warszawa 2008; 27–46.
14. Halik T., Nowicka E. *Wietnamczycy w Polsce*. Integracja czy izolacja? Instytut Orientalistyczny Wydział Neofilologii, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2002.
15. Brzezińska-Hubert M., Olszówka A. *Edukacja międzykulturowa cz. 2. Pakiet edukacyjny Pozaformalnej Akademii Jakości Projektu*. New Way Solution, Warszawa 2008.